附件：

|  |
| --- |
| 申请认定教师资格人员体检基本信息表 |
| **申请资格种类及学科： 体检日期： 年 月 日** |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **联系电话** |  | **照 片　　　　　　（与网报上传照片一致） 　 体检单位骑缝章** |
| **通讯地址** |  |
| **身份证号码** |  | **民族** |  |
| **既往病史** | **1.肝炎🞎　2.结核🞎　3.皮肤病🞎　4. 性传播性疾病🞎** **5.精神病🞎　6.心脏病🞎　7.癫痫🞎** **（注：如有既往病史在相应空格内打“√”）****受检者确认签字：**  |